

京都府介護老人保健施設 共通申込書

1 / 3

施設名

ver.1

・通所リハビリ

・短期入所 ・入所

(当てはまるものに○を記入)

(施設名) 御中

記入日:平成 年 月 日

記入者:

利用者	フリガナ				男・女	明治				
	氏名					大正	年	月	日	生まれ
	住所	〒 -								
	TEL	() -								
	現在の居場所	☐ 自宅 ☐ 病院(病院) ☐ 老健() ☐ その他()								
	現在のかかりつけ医	病院 医師								
	病名・既往歴 (分かれば)									
	健康保険	☐ 後期高齢者医療 ☐ 生活保護(担当ワーカー名) ☐ その他()								
	身体障害者手帳	☐ 無 ☐ 有(種 級 (障害名:))								
	精神障害者 保健福祉手帳	☐ 無 ☐ 有(級)								
	介護保険 負担限度額認定証	☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 有(・第1段階 ・第2段階 ・第3段階) 年金額 円/月								
	介護 保険	・要介護 1・2・3 4・5 (○をつける)	・要支援 1・2 ・申請中 ・区分変更 中	被保険者番号	-					
				認定日	平成	年	月	日	(※区分変更中の場合はその申請日を記入)	
				有効期間	平成	年	月	日	～	平成
居宅介護支援事業所名					担当ケアマネ					
TEL	() -			FAX	() -					

身元 引 受 人	フリガナ			男・女	年齢	続柄	職業
	氏名						
	住所	〒 -					
	TEL	() -		携帯	- -		

様

京都府介護老人保健施設 共通申込書

利用希望 内容	通所 リハビリ	希望理由	☐ リハビリ ☐ 入浴 ☐ 社会交流 ☐ その他(下記 希望理由欄記入)		
		希望曜日	月・火・水・木・金・土・日 (週 回)		
	短期 入所	希望理由	☐ 介護負担軽減 ☐ 介護者不在 ☐ その他(下記 希望理由欄記入)		
		希望部屋	☐ 個室 ☐ 2人部屋 ☐ 多床室 ☐ どちらでもよい		
		希望期間	☐ / ~ / (約 日間) ☐ いつでもよい(約 日間)		
		定期利用希望	☐ 定期的に利用希望(ヶ月毎) ☐ 今回のみ利用希望		
	入所	希望理由	☐ リハビリ ☐ 介護負担軽減 ☐ 在宅生活の継続困難 ☐ その他(下記記入)		
		希望部屋	☐ 個室 ☐ 2人部屋 ☐ 多床室 ☐ どちらでもよい		
		希望期間	☐ 約 ヶ月間 ☐ 未定		
		今後の方向性	☐ 在宅復帰 ☐ 他施設への申し込み ☐ 検討中		
		現在申請中の施設	☐ 老健 ☐ 特養 ☐ 療養型 ☐ その他()		
	希望理 由、介護 上の問題 点、 施設への 要望など (できるだけ 具体的に。)				

家族構成と連絡先	氏名	(連絡順)	続柄	年齢	電話番号		家族構成
		()			自宅		
					携帯		
		()			自宅		
					携帯		
		()			自宅		
携帯							

☐ 男性 ☐ 女性、同居者を囲って下さい

1週間のご利用サービス(在宅サービスをご利用中の方のみ記入して下さい。例:ヘルパー、デイケア等。できれば事業所名も)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

日常生活動作(ADL) 確認表

ver.1

3 / 3

記入日:平成 年 月 日

記入者:

様

移動等	移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		移動手段	☐ 独歩 ☐ 手引き ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他(特記記入)			
	転倒	☐ なし ☐ あり (頻度、骨折歴、最近の転倒状況記入:)						
	立位	☐ 可 ☐ 支えがあれば可 ☐ 不可		座位	☐ 可 ☐ 支えがあれば可 ☐ 不可			
	移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		センサーマット使用	☐ なし ☐ あり			
	寝返り	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		床ずれ	☐ なし ☐ あり(部位など)			
	特記事項							
排泄	排泄	☐ 自分でトイレへ ☐ 介助でトイレへ ☐ 夜だけポータブル(□介助要) ☐ いつもポータブル(□介助要) ☐ 夜だけオムツ ☐ 一日中オムツ ☐ 尿器(□介助要) ☐ リハビリパンツ使用 ☐ パット使用 ☐ バルーン						
	尿意	☐ あり ☐ 時々あり ☐ なし		便意	☐ あり ☐ 時々あり ☐ なし (排便 日に1回)			
	失禁	☐ あり ☐ 時々あり ☐ なし		夜間の状況	就寝後の排泄回数(約 回)			
	特記事項							
入更浴衣	入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 清拭のみ		着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	入浴方法	☐ 手引き ☐ シャワーチェアー ☐ リフト ☐ ストレッチャー ☐ 個浴 ☐ その他()						
	特記事項							
食事・口腔ケア	食事動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		嚥下	☐ 問題なし ☐ しにくい ☐ できない			
	むせ込み	☐ あり ☐ なし ☐ 時々あり		水分トロミ	☐ あり ☐ なし			
	食事内容	食種	☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ 糖尿病食(kcal) ☐ 塩分制限食(g) ☐ その他()					
		主食	☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー粥 ☐ おにぎり ☐ その他()					
		副食	☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ 一口大 ☐ キザミ ☐ ミキサー ☐ トロミ付き ☐ その他()					
	摂取量	☐ おおむね全量 ☐ 7~8割 ☐ 半量程度 ☐ 半量以下 ☐ 日によってムラあり						
	義歯	☐ あり (□部分義歯(上・下) □総義歯) ☐ なし ☐ 使用せず						
	口腔ケア	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助(□歯ブラシ使用 □うがいのみ)		残歯	☐ あり(約 本) ☐ なし			
特記事項	(使用器具、アレルギー、嗜好など)							
身体状況等	基礎情報	身長	cm	体重	kg (月 日現在)	体重の減少	☐ なし ☐ あり (ヶ月で kg減)	
	麻痺	☐ なし ☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢						
	関節痛	☐ なし ☐ あり(部位:)		拘縮	☐ なし ☐ あり(部位:)			
	視力	☐ 見える ☐ 見えにくい(□右 □左 □どちらも) ☐ 見えない(□右 □左 □どちらも) ☐ 眼鏡使用						
	聴力	☐ 聞こえる ☐ 聞こえにくい(□右 □左 □どちらも) ☐ 聞こえない(□右 □左 □どちらも)						
	補聴器使用	☐ なし ☐ 右 ☐ 左 ☐ どちらも		睡眠	☐ 良眠 ☐ 時々不眠 ☐ 不眠 (□眠剤使用)			
	特記事項							
その他情報	意思疎通	☐ できる ☐ 時々できる ☐ ほとんどできない ☐ できない		ナースコール	☐ 押せる ☐ 押せない			
	ことばの理解	☐ できる ☐ 時々できる ☐ ほとんどできない ☐ できない						
	行動障害	☐ なし ☐ 徘徊 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 昼夜逆転 ☐ 妄想 ☐ 異食 ☐ 大声をあげる ☐ 不潔行為 ☐ 幻聴・幻覚 ☐ 性的問題行動 ☐ 介護への抵抗 ☐ その他()						
	日常生活自立度	障害自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2					
		認知症	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M					
	医療情報	☐ 感染症(詳細は特記に記入) ☐ 透析(回/週) ☐ 経管栄養(□胃ろう □経鼻) ☐ 気管切開 ☐ 酸素療法 ☐ 痰吸引 ☐ 吸入 ☐ 点滴管理 ☐ インシュリン ☐ バルーンカテーテル ☐ 膀胱ろう ☐ 人工肛門						
		☐ 床ずれ処置 ☐ 中心静脈栄養 ☐ ターミナル管理 ☐ モニター管理 ☐ 人工呼吸器 ☐ ペースメーカー						
特記事項								
生活歴・一日の過ごし方・一週間の過ごし方、性格、趣味など。出来るだけ詳しくご記入下さい。								